

Ana Rita Sequeira
ISCTE-IUL

As Organizações Não Governamentais Internacionais e as Instituições Públicas de Saúde no sul de Moçambique: dois estudos de caso sobre as atividades de prevenção da Malária

A arquitetura do Sistema Nacional de Saúde em Moçambique caracteriza-se por uma multiplicidade de mecanismos de coordenação e financiamento, e por uma diversidade de atores que implementam, financiam e suportam tecnicamente as atividades de controlo da malária, promovidas pelo Programa Nacional de Controlo da Malária. Através de dois estudos de caso realizados no distrito de Chókwè, na Província de Gaza, este artigo pretende evidenciar as relações verticais e descoordenadas existentes entre Organizações Não Governamentais Internacionais e as Instituições Públicas de Saúde, no âmbito das duas principais ações de prevenção da malária: a distribuição de redes mosquiteiras tratadas com inseticida de longa duração, e a Pulverização Intra-Domiciliária.

The architecture of the National Health System in Mozambique is characterized by a multiplicity of coordination and funding mechanisms and a diversity of actors that implement, finance and technically support malaria control activities promoted by the National Malaria Control Program. Through two case studies carried out in the Chókwè district of Gaza Province, this article aims to highlight the vertical and uncoordinated relationships between international non-governmental organizations and public health institutions in the context of the two main malaria prevention actions: The distribution of mosquito nets treated with long-term insecticide, and Intra-Domestic Spraying.

Agradecimentos

Esta investigação não teria sido possível sem o interesse e apoio do Ministério da Saúde, através da Direção Provincial de Saúde de Gaza, e a disponibilidade dos líderes comunitários, dos chefes dos Postos Administrativos e dos pontos focais do Conselho Municipal de Chókwè e da Administração do Governo do distrito de Chókwè. Este agradecimento é extensivo a todas as Organizações Não Governamentais (nacional e internacionais) contactadas, cujo testemunho e visita a algumas das suas atividades permitiu um maior conhecimento das suas ações.

Um último agradecimento para todos aqueles que através dos seus testemunhos e reflexões contribuíram construtivamente para esta investigação.

Esta investigação conta com o financiamento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT).¹

Introdução

A nossa organização não trabalha para a comunidade, está a trabalhar com a comunidade, e envolvemos a comunidade para identificar os seus problemas locais e a solução (...) para mim vale a pena ter qualidade que quantidade”.

O testemunho de uma dirigente de uma Organização Não Governamental (ONG) local resume tantos outros testemunhos recolhidos junto de membros de instituições públicas de saúde, e apresenta-se como a antítese das intervenções protagonizadas por algumas Organizações Não Governamentais Internacionais (ONGI) no distrito de Chókwè, e que serão analisadas ao longo deste artigo. Recorrentemente as ONGI concorrem a linhas de financiamento temáticas (financiamentos programáticos), com reduzida margem para apoiar outras atividades que sejam posteriormente identificadas como prioritárias pelo parceiro local. Num segundo plano, e derivado da arquitetura da ajuda e da dependência de financiamento externo, as intervenções promovidas pelas ONGI são assentes no modelo de projeto, ou seja, conseguem mobilizar muitos recursos no terreno durante um curto período de tempo. E por fim, de modo frequente, estas intervenções não são coordenadas com os restantes atores no terreno e têm um impacto significativo nas populações e instituições locais, ainda que nem sempre sejam acompanhadas por um plano de sustentabilidade dos processos e resultados empreendidos.

No âmbito das intervenções de controlo e erradicação da malária assistiu-se na última década, a um aumento significativo dos fluxos de financiamento-US\$100 milhões em 2000, para US\$1,84 mil milhões em 2012 (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2012: ix)-especialmente relacionado com a investigação biomédica, a expansão e reintrodução da pulverização intra-domiciliária (PIDOM), a cobertura universal de redes mosquiteiras tratadas com inseticida de longa duração (REMILD), a expansão dos Testes de Diagnóstico Rápido (TDR) e das terapias combinadas baseadas em artimisinina.

Em Moçambique, as intervenções atrás descritas são implementadas pelo Ministério da Saúde, através das suas estruturas a nível provincial, distrital e local, integrando

¹ Agência pública portuguesa para a ciência, tecnologia e inovação.

igualmente Organizações Não Governamentais nacionais ou internacionais, agências bilaterais, agências das Nações Unidas e o setor privado que apoiam a implementação das atividades definidas pelo Programa Nacional de Controlo da Malária a nível técnico, financeiro e logístico. Tendo como base a arquitetura do sistema de saúde em Moçambique, os espaços de poder, as “parcerias” e “ownership”, procuraremos analisar a coordenação entre diferentes ONGI e as unidades de saúde ao nível sub-nacional (distrital e provincial), na implementação das duas principais atividades de prevenção da malária e onde são alocados mais fundos: a distribuição de redes mosquiteiras tratadas com inseticida de longa duração (REMILD) e a Pulverização Intra-Domiciliária (PIDOM).

A arquitetura do Sistema Nacional de Saúde: o contexto macro

Desde o início dos anos 90 que o Sistema Nacional de Saúde (SNS) tem sido apoiado por distintos atores, recorrendo a diversos mecanismos de coordenação. Em 1990, a agência de cooperação suíça inicia um programa de apoio ao orçamento, com vista a promover o fortalecimento da gestão financeira a nível provincial e a descentralização (Visser-Valfrey e Umarji, 2010: 30), uma iniciativa que foi replicada por outras agências e atores multilaterais sobre a designação “*adopt-a-province*” (Lubkemann, 2001). No final dos anos 90 são criados o Fundo Comum para os Medicamentos (1998), o PROSAÚDE (2003) e posteriormente o Fundo Comum Provincial (1999), que se mantêm até 2008, ano em que é criado o PROSAÚDE II² (Visser-Valfrey e Umarji, 2010: 7). Em 2001 é adotado o mecanismo SWAp³ (*Sector Wide Approach*) que pretende ser uma abordagem integrada, coordenada, com uma visão comum para o setor saúde (Martínez, 2006: 3-4) e partilhada por todos os atores envolvidos (doadores, ONG e Estado).

Segundo Martínez (2006), entre 2001 e 2005 assistimos a um aumento do financiamento para o setor saúde, quer ao nível do Orçamento de Estado (OE), Fundo Comum (FC/PROSAUDE) e fundos verticais. Em 2005, os fundos verticais atingiram um valor superior a cada um dos restantes fundos (OE e FC/PROSAUDE) (Martínez, 2006: 5), mesmo considerando que durante este período o financiamento do Fundo Global para combater HIV/SIDA, Tuberculose e Malária⁴ (FGHTM) era canalizado para o PROSAÚDE, ao contrário do que acontece a partir de 2008, em que é considerado como um fundo vertical. Em 2011, de acordo com Weimer (2012) o governo dos Estados Unidos da América era responsável, pelo menos,⁵ por 52 % das contribuições totais para o setor saúde (US\$340 milhões), através de fundos verticais fora do orçamento (Weimer, 2012: 432), em que destaco o PEPFAR (*President's Emergency Plan for AIDS Relief*) e o PMI (*President's Malaria Initiative*). Apesar dos resultados imediatamente visíveis nas intervenções que recorrem a fundos verticais, várias desvantagens são apontadas como as agendas concorrentes, os sistemas paralelos, a (in)capacidade de negociação, a fuga de cérebros dos serviços públicos de saúde (*brain drain*), a falta de integração e a negligência de alguns serviços e infraestruturas (Mussa, Pfeiffer, Gloyd e Sherr, 2013: 4-9). Em suma, o planeamento e intervenção de nível vertical, por doença endémica, relegam para segundo plano um sistema de cuidados de saúde primários que respondem à globalidade das necessidades, e prioridades que as instituições locais de saúde identificam numa determinada geografia e temática.

² O PROSAUDE II tem por base um Memorando de Entendimento entre o Governo moçambicano, representado através do Ministério da Saúde, Ministério das Finanças e Ministério do Plano e Desenvolvimento) e várias agências de desenvolvimento e atores multilaterais como: Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional, a Agência Catalã de Cooperação para o Desenvolvimento, a Comissão Europeia; Ministério das Relações Exteriores Flamengo, Agência Francesa de Desenvolvimento, a *Irish Aid*, Ministério da Negócios Estrangeiros da Finlândia; Ministério Norueguês das Relações Exteriores; Embaixada Real da Dinamarca; Agência Espanhola de Cooperação Internacional, Agência Suíça para o Desenvolvimento e Cooperação; o Ministério holandês da Cooperação para o Desenvolvimento, Departamento do Reino Unido para Desenvolvimento Internacional, Fundo das Nações Unidas para a Infância; Fundo das Nações Unidas para a População (Visser-Valfrey e Umarji, 2010: 124).

³ No Código de Conduta (Acordo Kaya Kwanga) assinado em 2000 existe uma referência ao estabelecimento do SWAp (Martínez, 2006: 2), que viria a concretizar-se em 2001.

A centralidade das negociações com os “parceiros” internacionais ao nível dos SWAp, dos Conselhos Coordenadores e *working groups*, assim como uma preponderância de intervenções financiadas através de programas verticais, recorrendo a ONGI, a ONG locais e ao setor privado, excluem as instituições subnacionais, que frequentemente se limitam a implementar diretrizes de nível central, e a tentar negociar com os seus “parceiros” internacionais e locais algumas das suas prioridades para o setor saúde.

Se a nível estratégico e programático a capacidade de negociação das instituições provinciais é limitado, a nível subprovincial essa negociação é igualmente limitada, e condicionada pelos poderes administrativos e de gestão dos recursos financeiros afetados do Orçamento de Estado aos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Ação Social (SDS-MAS) (Weimer, 2012: 443-447).

A multiplicidade de mecanismos de financiamento, com as condicionalidades impostas por cada doador, associado à multiplicidade de atores que intervêm a nível local, distrital e provincial, com fluxos de ajuda (financeira, técnica e material) distintos criam um sistema altamente complexo, fragmentado e descoordenado, em que o Ministério tutela, com os escassos recursos humanos qualificados (*brain drain*), dificilmente conseguem monitorar as atividades implementadas pelos diversos atores, e otimizar a globalidade dos recursos disponíveis.

Contexto local

A província de Gaza localiza-se na região sul de Moçambique, entre as províncias de Inhambane a Norte, e Maputo a Sul. Tem uma superfície de 75.709 km², uma população de cerca de 1,228,514 habitantes, contribuindo com 7 % para o total da população do país. O distrito de Chókwè possui 192,556 habitantes (Ministério da Saúde (MISAU), 2012: 67), tendo como principal atividade socioeconómica a agropecuária, com uma área agrícola de 87 178 há, dos quais 30 000 ha irrigados —o maior perímetro irrigado do país (Direção Distrital das Atividades Económicas, 2012: 1). Em 2011, o distrito de Chókwè possuía uma rede sanitária composta por 17 Centros de Saúde, um Hospital Rural e um Hospital de Dia, tendo um total de 8 médicos (seis médicos de nacionalidade moçambicana e dois médicos estrangeiros integrantes do Sistema Nacional de Saúde) —rácio de 1 médico para 24,069 habitantes, e quanto a profissionais de saúde de medicina, Enfermagem e Saúde Materno-Infantil, um rácio de 1 profissional de saúde para 1318 habitantes (Ministério da Saúde, 2012: 67).

Em Moçambique, a malária é considerada uma doença endémica com um clima favorável à sua transmissão ao longo de todo o ano, e com picos de transmissão após a estação das chuvas (entre os meses de Dezembro e Abril) (Guinovarte *et. al.*, 2008). O *Plasmodium falciparum* é o parasita que regista maior nível de infeções (cerca de 90 %), enquanto o *P. malariae* e o *P. ovale* são respetivamente responsáveis por 9,1 % e 0,9 % das infeções (Mabunda, Casimiro, Quinto e Alonso, 2008). Em termos de prevalência, e de acordo com o Inquérito dos Indicadores da Malária (IIM 2007) a taxa de parasitemia em crianças dos 6 aos 59 meses de idade foi de 38,5 % (diagnóstico por microscopia ótica), e em mulheres grávidas foi de 16,3 % (diagnóstico por microscopia ótica) (MISAU, s/d: 12-13). De acordo com o IIM, a malária é responsável por cerca de 44 % das consultas externas, 23 % das mortes intra-hospitalares e 53 % dos internamentos pediátricos (MISAU, 2009a).

⁴ Daqui em diante, Fundo Global.

⁵ As contribuições para o Fundo Global estão agregadas, pelo que desconhecemos o valor percentual relativo ao seu contributo.

Para além do acesso aos cuidados de saúde providenciados nos Centros de Saúde, Hospitais e brigadas móveis, existe uma pluralidade de provedores de cuidados de saúde, como é o caso dos *tinyanga* (curandeiros) e dos líderes e membros de algumas igrejas, a quem a população recorre e onde assistimos a uma pluralidade de concepções, discursos e práticas terapêuticas relativas à malária.

Método

Este artigo integra uma investigação mais ampla sobre a relações entre provedores de cuidados de saúde —médicos e profissionais de saúde da medicina “convencional”, *tinyanga*, líderes religiosos e a atividade das Organizações Não Governamentais (nacionais e internacionais)— e entre estes e a sociedade de Chókwè.

Dada a impossibilidade de realizar trabalho de campo em todos os distritos da província foi selecionado o distrito de Chókwè para a recolha de dados e trabalho de campo, partindo de três critérios que se interrelacionam: o número de casos de malária (ver tabela n. 1); a existência de várias intervenções de controlo da malária, implementadas quer pelo Programa Nacional de Controlo da Malária (PNCM), quer por Organizações Não Governamentais,⁶ o que excluiu à partida os distritos do Norte da província de Gaza (Mabalane, Massangena, Chigubo e Chicualacuala) por não terem a PIDOM; e por último, um conhecimento prévio do distrito por parte da investigadora, que coordenou projetos na área da saúde e educação na província de Gaza durante três anos, uma vez que facilitaria algumas questões logísticas como o alojamento, contratação de uma intérprete e contatos locais.

TABELA 1. Número de casos de malária, por distritos da Província de Gaza, em 2006 e 2007.

Distritos	Xai-Xai	Bilene	Chókwè	Guijá	Chibuto	Manjacaze	Masingir	Chicualacuala	Mabalane	Massangena	Chigubo
2006	217,803	88,216	166,158	48,172	99,762	130,131	17,160	18,795	15,918	9,294	8,197
2007	270,823	71,732	108,401	25,875	74,582	88,942	9,730	10,846	10,506	7,006	7,835

FONTE: Dados cedido por PNCM-DPS.

Uma vez que esta investigação está focada na relação entre provedores de cuidados de saúde no distrito de Chókwè, definiu-se uma amostragem não probabilística, em que curandeiros, líderes religiosos e funcionários dos Centros de Saúde e Hospital Rural foram selecionados de modo intencional, ou por bola de neve. Em termos numéricos foram realizadas entrevistas semiestruturadas a 44 curandeiros, a 41 líderes religiosos, a 19 profissionais de saúde do distrito de Chókwè, e a 5 profissionais de saúde com cargos de direção a nível distrital, provincial e central.

Ainda referente aos atores biomédicos e de modo a compreender as relações interinstitucionais, envolvidas na tomada de decisão sobre a adoção de estratégias de controlo da malária, realizaram-se entrevistas a “nível central” junto de Organizações Não Governamentais Internacionais (3) e nacionais (2), agências das Nações Unidas (2), agências multilaterais (2) e movimentos de cariz religioso (1), todos tendo o denominador comum de apoiar o Programa Nacional de Controlo da Malária (PNCM), através de assessorias técnicas, da implementação ou financiamento de atividades de controlo

⁶ Em 2008, Chókwè o distrito com maior número de ONGI (doze) a operar no setor saúde, na província de Gaza, enquanto os distritos do norte da Província de Gaza contariam com duas ou três ONGI.

da malária em Moçambique. Um elemento da direção do Programa Nacional de Controlo da Malária também foi entrevistado.

Para além dos provedores referidos foram realizadas entrevistas semiestruturadas a 87 homens e mulheres, e 15 grupos focais com mulheres, com um total de 70 participantes, com o objetivo de compreender os seus discursos e itinerários terapêuticos relativos à malária, assim como analisar as suas narrativas quanto aos discursos sobre os diferentes provedores de cuidados de saúde.

Sendo a saúde e a doença um objeto social tão permeável aos atores envolvidos, às dinâmicas económicas, políticas e sociais que uma região, às estratégias definidas a nível governamental, e às calamidades naturais, procurou-se igualmente abranger um número diversificado de informadores qualificados que pudessem caracterizar o desenvolvimento sócio-económico do distrito de Chókwè: 4 entrevistas realizadas a representantes do poder local,⁷ e 2 entrevistas realizadas a representantes de duas empresas no setor agrícola que possuem com investimento estrangeiro.

As entrevistas semiestruturadas e os grupos focais foram realizados nos quatro Postos Administrativos (Lionde, Macarretane, Xilembene e Cidade de Chókwè) que compõe o distrito de Chókwè e respetivas localidades (Macarretane, Matuba, Maxinho, Xilembene Sede, Chiduacine, Lionde, Conhane, Malau e Cidade de Chókwè), em que as aldeias foram sorteadas aleatoriamente, seguindo o critério de visitarmos igual número de aldeias onde existisse, ou não, um Centro de Saúde. Na cidade de Chókwè recolheu-se informação num bairro com características predominantemente rurais (5.º Bairro), e em dois bairros mais urbanizados (1.º Bairro e 3.º Bairro), tendo os mesmo sido sorteados de forma aleatória.

Em Chókwè, as entrevistas realizadas com os profissionais de saúde, informantes e representantes de Organizações Não Governamentais (nacionais e locais) decorreram em língua portuguesa, pelo que a maioria das restantes entrevistas decorreram na língua local (*changane*),⁸ com a presença de uma intérprete que realizava a tradução simultânea, tendo sido determinante no contacto com a população, na observação participante e na transcrição dos dados recolhidos. Apesar das várias estratégias para minimizar os efeitos e riscos da utilização de intérpretes, reconhecemos que esta é uma limitação do próprio estudo. Posteriormente as entrevistas foram traduzidas para língua portuguesa e transcritas, tendo sido revistas pela investigadora e pela intérprete.

A observação participante foi transversal a todo o período de permanência em Moçambique (desde março de 2008 a julho de 2012), com especial ênfase para os últimos dois anos, onde houve um contacto de maior proximidade com os *tinyanga* e os líderes religiosos.

Esta investigação cumpriu todas as considerações éticas, tendo sido autorizada pela Comissão Nacional de Bioética para a Saúde, organismo integrante do Ministério da Saúde (MISAU), e a nível local foi apoiada pela Direção Provincial de Saúde e pelos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Ação Social do distrito de Chókwè. Os objetivos da investigação, os métodos de registo de dados a ser selecionados (áudio ou escrito) foram explicados a todos os entrevistados, assim como a garantia de anonimato e confidencialidade dos seus testemunhos, tendo a concordância dos mesmos sido expresso através da assinatura do Consentimento Informado.

⁷ Administrador do Distrito de Chókwè; Presidente do Conselho Municipal de Chókwè; Diretor dos Serviços Distritais de Atividades Económicas, e o Diretor Distrital do Instituto Nacional de Ação Social.

⁸ Apesar de alguma homogeneidade linguística, o fato da população do distrito de Chókwè ser composta por população deslocada durante o conflito civil e as cheias, e população que outras províncias serviu de desafio adicional para o desempenho da nossa intérprete.

Quadro Analítico das Relações Interinstitucionais: as “parcerias” verticais, espaços de poder e ownership

Quando se examina as relações interinstitucionais, em contexto de ajuda ao desenvolvimento é fundamental a análise dos conceitos de parceria e poder, dada a *multiplicidade de atores envolvidos*, as *forças existentes* (centrípetas e centrífugas), e as *relações mantidas* entre estes na arena social e política.

O conceito de parceria faz parte da gíria utilizada em contextos da ajuda ao desenvolvimento, e é um requisito essencial para a receção de financiamentos e a implementação de qualquer iniciativa, por ser considerado um garante de melhores resultados, por diversificar o risco de obtenção de financiamento (Fowler, 2001) e, por ser percecionado como um sinónimo de participação. Há autores como Fowler que definem princípios mínimos no estabelecimento de uma parceria (Fowler, 2000), contudo neste estudo iremos considerar o conceito adotado por Postma (1994), em que foram identificados vários elementos que devem estruturar as relações de parceria, nomeadamente: *confiança mútua, complementaridade de esforços, prestação de contas recíproca, tomada de decisão conjunta e a troca recíproca de informação* (Postma, 1994: 451); *distribuição equitativa dos custos e benefícios, articulação clara dos objetivos, existência de mecanismos de monitoria e medição da performance* (USAID, 1997 in Lister, 2000: 3); e por fim, *transparência em assuntos financeiros, compromisso de trabalho conjunto a longo-termo e o reconhecimento da parceria* (Campbell, 1988 in Lister, 2000: 3).

De um modo mais ilustrativo, a parceria remetem-nos para relações horizontais, de pares que se comprometem no crescimento e autonomia recíproca, autonomia enquanto liberdade institucional de determinar a sua própria estratégia e direção de crescimento, sem a pressão de atores externos (Brehm, 2004: 1).

Como refere o relatório sobre a avaliação da Declaração de Paris em Moçambique: *“Enquanto a DP (Declaração de Paris) refere-se aos Parceiros de Desenvolvimento e beneficiários como “parceiros”, e isto tornou-se numa linguagem comum, o Governo e as OSC (Organizações da Sociedade Civil) expressaram o seu ceticismo sobre isto uma vez que há uma crença generalizada de que enquanto a relação é muito desigual, aquela linguagem é apenas cosmética. A apropriação é algo que pode ser manufaturada pelos Parceiros de Desenvolvimento —eles precisam de conceder ao Governo o espaço e os instrumentos mas o Governo também precisa de assumir a liderança e apropriar-se do processo”* (Ministério da Planificação e Desenvolvimento, 2010: 77).

Neste sentido, as relações entre ONG e instituições públicas locais pautam-se por “parcerias verticais”, em que os princípios atrás expostos não são cumpridos pelas partes, ou só o são quando é do interesse de uma das partes, e por um período de tempo determinado.

Desta forma, torna-se totalmente pertinente a introdução da dimensão de espaços de poder, em que podemos analisar de que modo ocorre a *tomada de decisão* e qual é o *grau de participação* dos diferentes atores envolvidos. Na análise dos espaços de poder são, recorrentemente, identificados 3 espaços: fechado; por convite e reclamados.

Os espaços fechados surgem associados a determinadas elites, como os governos, burocratas, gestores e líderes, ou a determinadas áreas, como a área militar, financeira,

comercial e macroeconómica, em que a tomada decisões dá-se com uma participação muito reduzida de outros atores (Gaventa, 2006: 26).

Os espaços por convite podem ser criados pelos grupos atrás referidos ou outros, com o intuito de promover uma maior participação de outros atores e organizações da uma sociedade.⁹ A nível local observou-se a criação destes espaços, quando a Direção Provincial de Saúde (DPS) nas suas reuniões de coordenação semestrais, convidava todas as ONG do setor saúde a participarem, e a apresentarem os seus resultados e planificação para o próximo semestre, à semelhança do que também acontecia, com menor regularidade, com os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Ação Social (SDSMAS) do distrito de Chókwè.

Por último, os espaços de poder reclamados remetem-nos para iniciativas provenientes da base, resultado da mobilização popular, com o objetivo de criar espaços de discussão e debate, mas também para dar voz a grupos ou causas sociais “invisíveis” (Gaventa, 2006: 29).¹⁰

As relações de poder, nas quais se incluem as parcerias, devem ser compreendidas na perspetiva de quem toma e participa na tomada de decisão, mas também em relação aos que não participam nessas esferas, e não são consultados. Por outro lado, os diferentes espaços de poder identificados podem ser criados com diferentes finalidades: para legitimar decisões; para criar a ilusão da participação e para criar grupos ou símbolos.

Torna-se pertinente a análise do conceito de *ownership*, que há semelhança do conceito de parceria, é um conceito sem expressão real. O conceito de *ownership* surge num contexto de forte criticismo quanto às políticas impostas pelos países ocidentais, principalmente no pós PAE, com o objetivo de criar estratégias e respostas locais. Contudo, como Castel-Branco expõe, em sentido estrito *ownership* significaria que “(...) o recetor da ajuda define a sua própria agenda e programa político, independentemente das suas fontes de financiamento (ajuda externa)”, sem pressões externas de grupos de interesse, e que as agência doadoras não têm preferências políticas, o ambiente político o seu país de origem não afeta a dinâmica da ajuda, sendo esta sempre previsível e incontestada (Castel-Branco, 2011: 8). Dada a impossibilidade de ver reunidas todas estas condições, alguns autores preferem recorrer ao conceito de *apropriação/adoção*, uma vez que as reformas e políticas podem não ter sido concebidos,¹¹ na íntegra, pelo Estado recetor (Castel-Branco, 2011: nota rodapé 13). Uma maior capacidade de decisão e participação nas políticas e estratégias a adotar, incluindo os programas verticais e respetivos financiamentos, poderia conduzir-nos a uma maior apropriação.

Será com base nestes dois conceitos de parceria, espaços de poder e *ownership*, que iremos analisar as relações interinstitucionais entre ONGI que operam no setor saúde, em atividades do controlo da malária, e as instituições públicas do setor saúde a nível distrital e provincial.

No distrito de Chókwè houve e continuam a existir várias ONGI que apoiam o Ministério da Saúde, e de inúmeras formas: a *assessoria técnica a nível programático* (malária, HIV/SIDA, saúde materno-infantil, Tuberculose, entre outros); o *aprovisionamento de equipamentos* hospitalares, laboratoriais e outros; a construção de infraestruturas; a *contratação de recursos humanos* críticos para posteriormente serem integrados no quadro e enquadrados no orçamento provincial e/ou distrital; a *formação em contexto de sala, a formação em serviço e supervisão*; a *capacitação institucional* ao nível do pla-

⁹ Em Moçambique, o Observatório da Pobreza caracteriza o espaço de poder por convite, em que o fórum foi criado com elementos do governo, doadores e sociedade civil, com o objetivo de monitorar a implementação do Plano de Ação para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA) (Negrão, 2003: 10).

¹⁰ A Campanha da Terra ilustra este espaço de poder reclamado num contexto de pós acordos de Roma, em que o modelo de titularização da terra era apresentado como a solução mais adequada, dentro dos Programas de Ajustamento Estrutural (PAE) em vigor, de ter acesso à terra. Neste contexto, várias ONG, Organizações Comunitárias de Base, confissões religiosas, académicos e pessoas singulares uniram-se no sentido de assegurarem que a Lei em revisão assegurava que o acesso e posse da terra pelos mais pobres não ficassem dependentes da emissão de um título (Negrão, 2003: 7).

¹¹ Ver Williams (2006) sobre *ownership*, soberania e global governance.

neamento, gestão e monitoria dos serviços de saúde; e a realização de *atividades de mobilização e educação para a saúde*.

A implementação destas atividades, por parte das ONGI, não é possível se as mesmas não tiverem estabelecido um acordo com a instituição que tutela essa atividade. Este acordo e manifestação de interesse é normalmente estabelecido no momento em que o projeto está a ser desenhado para ser submetido a financiamento, uma vez que a existência de “parceiros” locais, que manifestam interesse e concordância com a intervenção delineada é um elemento determinante na avaliação da proposta apresentada, por parte da entidade financiadora/doadora.

Durante a fase de desenho dos projetos, os “parceiros” podem ser envolvidos em diferentes graus de participação e partilha de informação, desde o nível das áreas temáticas e atividades a desenvolver, até à elaboração detalhada de todo o orçamento. Esta última atividade quando realizada é frequentemente limitada apenas à orçamentação das atividades acordadas. A coparticipação orçamental do “parceiro” local, caso exista, limita-se à imputação de um custo associado à participação de recursos humanos-chave, ou a cedência de alguma infraestrutura, existindo escassos exemplos em que o “parceiro local” aplica os seus próprios fundos em atividades realizadas no âmbito do projeto da ONGI. Segundo os dados recolhidos no terreno, as relações interpessoais e de confiança existente entre os elementos responsáveis pela tomada de decisão de ambas as organizações¹² facilitam não somente a fase de desenho de projeto, mas também a implementação do mesmo e permitem o acesso a outros espaços de intervenção.

O Programa Nacional de Controlo da Malária: um breve enquadramento

Atualmente e, de acordo com o Plano de Monitoria e Avaliação Nacional da Prevenção e Controlo da Malária 2010-2014, o Ministério da Saúde realiza as seguintes intervenções de controlo da Malária:

gestão do Meio Ambiente; manejo imediato e efetivos dos casos de Malária —desde o diagnóstico ao tratamento— particularmente em crianças menores de 5 anos; disponibilização do Tratamento Intermitente Preventivo (TIP) para mulheres grávidas; Educação para a Saúde e Participação Comunitária para a mudança de comportamentos; coordenação entre o MISAU e o Instituto Nacional de Gestão das Calamidades (INGC) para a previsão e deteção atempada de surtos de Malária; reforço da Gestão do Programa, Monitoria e Avaliação, pesquisa operacional e o fortalecimento de sistemas de saúde, incluindo a pesquisa operacional. Actualmente, o Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Controlo da Malária realizar as seguintes intervenções de controlo da Malária: Gestão Vectorial Integrada a través da Pulverização Intra-Domiciliária (PIDOM) e a distribuição de Redes Mosquiteiras Tratadas com Insecticida de Longa Duração (REMILD); gestão melhorada do meio ambiente; manejo imediato e efectivo dos caso de Malária, particularmente em crianças menores de 5 (cinco); disponibilização do Tratamento Intermitente Preventivo (TIP) para mulheres grávidas, assim como distribuição de REMILD para este grupo; Educação para a Saúde e Participação Comunitária para a mudança de comportamentos; Coordenação entre o MISAU e o Instituto Nacional de Gestão de Calamidades (INGC) para a previsão e a deteção

¹² Ver Lister sobre o impacto das relações interpessoais nas relações institucionais entre uma ONGI e uma ONG nacional na América Central (Lister, 2000).

atempada de surtos de malária, Gestão do programa, monitoria e avaliação, fortalecimento de sistemas de saúde incluindo pesquisa operacional.

Além destas atividades integra igualmente a gestão vetorial integrada através da Pulverização Intra-Domiciliária (PIDOM) e da distribuição gratuita de Redes Mosquiteira Tratadas com Inseticida de Longa Duração (REMILD) (MISAU, 2010), sobre as quais este artigo debruça em profundidade.

A distribuição de redes mosquiteiras é uma das atividades preventivas da transmissão da malária, promovidos pelo Programa Nacional de Controlo da Malária, tendo como foco a proteção de grupos de risco, como as mulheres grávidas e as crianças menores de cinco anos. Entre 2009 e 2011, segundo o relatório da Organização Mundial da Saúde ocorreu um incremento na distribuição ou venda de REMILD, de 1,292,159 unidades em 2009, 1,525,979 unidades em 2010, e 3,244,164 unidades em 2011 (OMS, 2012: Anexo 4).

A estratégia nacional contempla a distribuição gratuita de redes mosquiteiras tratadas com inseticida de longa duração (REMILD) a mulheres grávidas, durante a Consulta Pré-Natal, mas tem existido um crescente interesse em estender este apoio a outros grupos mais vulneráveis, como as pessoas infetadas pelo VIH/SIDA e idosos, normalmente canalizado através de ONG. A OMS tem promovido a adoção do acesso universal a REMILD por parte dos seus Estados membros mais afetados pela malária, e em alguns distritos de Moçambique já foi realizado esta cobertura universal.

Em quatro distritos da província de Gaza (incluindo Chókwè) foi realizado um inquérito que incluía questões sobre a posse e uso de rede mosquiteira, tendo sido obtidos os seguintes resultados: em 64,8 % das casas foram encontradas redes mosquiteiras, tendo estas sido utilizadas por 29,2 % das mulheres grávidas, e 38,3 % das crianças menores de cinco anos, noite anterior ao inquérito (Instituto de Higiene e Medicina Tropical, 2009: 20). Referindo-se a dois grupos de risco, os dados recolhidos demonstram baixas coberturas de utilização se atendermos que a meta do Plano Estratégico da Malária 2012-2016 é de, até 2014, pelo menos 80 % da população tenha acesso a pelo menos um método de prevenção de malária (MISAU, s/d: 30).

As atividades de Pulverização Intra-Domiciliária com DDT em Moçambique remontam aos anos 50, após a aprovação do Programa de Erradicação da Malária sob liderança técnica e a coordenação de recursos por parte da OMS (Nájera, González-Silva e Alonso, 2011: 2). Nas últimas décadas estas atividades foram sendo paulatinamente desenvolvidas, não obstante as suspensões derivadas da insegurança vivida nos anos da guerra civil, da disponibilidade de recursos técnicos e financeiros. Pontualmente estas atividades foram implementadas em campos de deslocados internos vítimas do conflito civil, e das cheias nas zonas centro-sul do país em 1977 e 2000. Desde o ano 2000 que a PIDOM é realizada em alguns distritos por todo o país.

A distribuição das redes mosquiteiras no distrito de Chókwè, Província de Gaza: um estudo de caso

O estudo de caso apresentado pretende evidenciar a fragmentação, descoorenação e condicionalismos impostos na implementação da distribuição de REMILD, para que uma mulher grávida quando se dirige ao Centro de Saúde possa

receber uma rede mosquiteira na Consulta Pré-Natal. Destaca-se também a multiplicidade de atores não estatais envolvidos numa atividade da responsabilidade do Programa Nacional de Controlo da Malária a nível provincial, o que é também exemplificativo da dependência externa de Moçambique e do seu baixo índice de desenvolvimento humano,¹³ mesmo com um crescimento económico (Produto Interno Bruto) anual de 7,4 % (Banco Mundial).

De seguiremos serão apresentados os itinerários e atores envolvidos na distribuição de redes mosquiteiras na província de Gaza, em especial no distrito de Chókwè:

A Organização X¹⁴ adquire as REMILD fora de Moçambique, e entrega-as ao Ministério da Saúde que as armazena na cidade de Maputo;

A Organização Y custeia todas as despesas de transporte entre a Cidade de Maputo e a Cidade de Xai-Xai, sede da província de Gaza, onde se localizam os escritórios e armazém da Direção Provincial de Saúde;

A Organização X custeia igualmente o transporte desde o armazém da Direção Provincial de Saúde (DPS) até às sedes de distrito, recorrendo a planos semestrais e fazendo uso dos meios disponíveis na DPS; no entanto a Organização Y também quer apoiar a distribuição das redes mosquiteiras, apenas quando as suas viaturas estiverem livres, seguindo um plano mensal e só para algumas das Unidades Sanitárias Periféricas, com quem trabalha diretamente, não se cumprindo assim com o procedimento de entregar as redes na sede dos SDSMAS para registo de *stock*.

A Organização Z distribui redes mosquiteira diretamente à população das aldeias, não informando a DPS da quantidade, local e grupos a quem foram distribuídas as REMILD.

Por fim, não há organizações que apoiem o transporte regular de redes mosquiteiras desde a sede distrital para os Centros de Saúde/Unidades Sanitárias Periféricas.

FIGURA 1. *Kit de Redes Mosquiteira.*



FONTE: Fotografia da autora.

A participação de várias ONGI/agências na aquisição e transporte de REMILD não é suficientemente coordenada que possa garantir que o Centro de Saúde mais distante da sede distrital possa distribuir redes mosquiteiras. Por outro lado, as intervenções realizadas *ad hoc* e sem o conhecimento da DPS, não permitem um planeamento adequado e realista dos recursos existentes a cada Unidade Sanitária ou distrito, nem uma

¹³ O Relatório de Desenvolvimento Humano publicado em 2013 classifica Moçambique com um índice de 0,327, colocando em 185.ª posição (PNUD, 2013: 146).

¹⁴ Os nomes das organizações envolvidas foram codificados.

prestação de contas conveniente, e integração dos dados no Sistema de Informação para a Saúde. Adicionalmente, o incumprimento do fluxograma de registo de *stock* (Maputo-Cidade de Xai-Xai —Sede dos Distritos— Unidades Sanitárias) cria entropia na monitorização dos dados, e na avaliação da alocação das redes mosquiteiras. Em suma, prioriza-se as ONGI e enfraquece-se o papel do Estado, na qualidade de provedor de serviços e garante de qualidade do serviço prestado.

A experiência etnográfica resultante da visita a todos os Centros de Saúde e da noção do peso de um *kit* de redes mosquiteiras (20 kg) torna evidente a dificuldade que os profissionais de saúde têm em garantir o acesso às REMILD: os SDSMAS não possuem viaturas, nem combustível suficiente para garantir a distribuição de redes e medicamentos por toda a rede de Centros de Saúde, o que significa que os responsáveis dos Centros de Saúde têm de encontrar distintas estratégias para transportar esses volumes; o Centro de Saúde mais distante da cidade de Chókwè dista 104 km (Zuza); nem todas as aldeias têm transporte semicolectivos com atrelado a fazer as ligações para a cidade de Chókwè, obrigando os profissionais de saúde a terem de fazer parte desta ligação a pé, ou sob condição de encontrarem alguém que apoie o transporte; na época das chuvas cerca de metade dos Centros de Saúde ficam com a sua acessibilidade condicionada.

Alguns dos profissionais de saúde expressaram a sua impotência no que se refere ao transporte dos *kits* de redes mosquiteiras e dos *kits* com medicamentos:

(...) Tenho de percorrer 7 km para ir até lá acima apanhar chapa,¹⁵ depois daquela aldeia. É lá onde apanhamos chapa quando está cheia.¹⁶ Temos de pedir a esses da comunidade com carroças para trazer de lá medicamentos. No ano passado fiquei com um kit de medicamentos, kit de redes durante dois meses lá em cima, sem ter transporte para transportar porque estava cheio de água, totalmente! (109/19.10.2011).

Outro aspeto é o sistema de nós conseguirmos trazer os kits. Os kits são enormes, não são caixas pequenas. Aquelas caixas ali são muito complicadas. O próprio chapeiro¹⁷ às vezes não aceita e uma pessoa vai para a farmácia e dão-nos 3 kits a que temos acesso mensalmente, como transportá-los de lá para cá? Fica muito complicado. Não há carro. Temos de meter no chapa. Às vezes eles (os motoristas) pedem muito dinheiro (...) e nós acabamos cedendo. (...) Às vezes fico até às 18 horas, 19 horas à procura de um carro. (...) Todo o final do mês temos essa dor de cabeça e é complicado (193/01.02.2012).

Em suma, podemos evidenciar a fragmentação da ajuda na dicotomia da ajuda que o “parceiro” realmente precisa, em detrimento da ajuda que a ONGI está disposta a dar (disponibilidade de viatura, periodicidade do planeamento, e tipo de justificação financeira do apoio), sem procurar que seja garantido que a população tem acesso às redes mosquiteiras nas Unidades Sanitárias Periféricas (Consulta Pré-Natal).

A Organização X ajuda-nos porquê? Porque eles alocam os fundos... Nós fazemos o plano, e enviamos para aprovação. O dinheiro vem, nós trabalhamos e enviamos a justificação. A Organização Y não. Eles vêm buscar-nos, vão deixar-nos às Unidades Sanitárias e dependemos deles. Às vezes marcamos e eles depois não podem. Prejudicam-nos muito esse tipo de questões. Ainda não chegamos ao ponto em que o trabalho corre bem, estamos com muitas dificuldades. (...) Não são flexíveis e é muito complicado quando o parceiro quer comandar (16/26.03.2012).

Sobre a dicotomia atrás referida e a discordância de que os “parceiros” locais coman-

¹⁵ Transporte semicolectivos privados.

¹⁶ Inundação da estrada que inviabiliza a circulação rodoviária.

¹⁷ Motorista de transporte semicolectivos privados, designados de chapa.

dem, uma das ONG reconheceu algum unilateralismo nas decisões sobre as atividades e aplicação dos fundos:

A relação com os parceiros é boa, é diplomática, há colaboração, mas é como se o projeto (a ONG) fizesse sempre aquilo que decide fazer e, simplesmente comunica aos parceiros. Às vezes agrada, outras vezes não agrada (14/22.03.2012).

A distribuição de redes mosquiteiras é apenas uma das atividades do PNCM de prevenção da malária, havendo muitas outras áreas de intervenção sob responsabilidade do gestor provincial do PNCM.

Neste sentido, a procura de soluções conjuntas de informação e coordenação que garantam a efetiva alocação de recursos ou serviços torna-se crítica, não só para o fortalecimento do Estado e da sua ação (mesmo que implique a coordenação com outros setores do Estado, nomeadamente o setor da Educação), como para o sucesso das atividades de controlo da malária.

Dos testemunhos e vivências na província de Gaza, a coordenação de atividades, a superação das falhas de comunicação e a diferença de agendas e prioridades torna situações como a atrás descrita, bastante frequentes noutros programas, nomeadamente Saúde Materno-Infantil, HIV/SIDA e Tuberculose e Programa Alargado de Vacinação (PAV).

A Pulverização Intra-domiciliária e a intervenção da Lubombo Spatial Development Initiative no distrito de Chókwè, Província de Gaza: um estudo de caso

Este segundo estudo de caso procura destacar os efeitos, as distintas metodologias, as coberturas e o financiamento disponível na realização da PIDOM, quando esta é realizada por instituições de saúde e integrada na rotina das atividades dos SDSMAS, com os recursos humanos disponíveis, e por outro lado, quando a PIDOM é realizada por uma Iniciativa que apesar de utilizar algumas estruturas e profissionais de saúde do setor público, tem uma lógica de intervenção de projeto e ONGI.

A Iniciativa de Desenvolvimento Espacial dos Libombos¹⁸ foi promovida pelos governos da África do Sul, Suazilândia e Moçambique, através da assinatura de um acordo entre os três países em 1999 que permitisse a mobilização de financiamentos para o controlo da malária.¹⁹ Entre o ano 2000 e 2004 esta Iniciativa implementou atividades de controlo vetorial na província de Maputo. Em 2003/2004 a Iniciativa recebeu do Fundo Global US\$32 milhões (Cliff *et. al.*, 2009: 374) para atividades de controlo da malária, expandindo a sua atividade para a província de Gaza, de forma faseada.²⁰ Em 2006, o LSDI inicia os primeiros contatos institucionais na província de Gaza, e estabelece o seu escritório provincial dentro das instalações da Direção Provincial de Saúde, na cidade de Xai-Xai.

Apesar da LSDI a nível local ter uma maior visibilidade durante as campanhas de pulverização intra-domiciliária²¹ (PIDOM), eram realizadas paralelamente diversas atividades que procuravam caracterizar a situação da malária na província de Gaza, e dar suporte técnico à pulverização, nomeadamente através de: estudos de prevalência da

¹⁸ Lubombo Spatial Development Initiative.

¹⁹ "(...) Many respondents spoke of the strong influence of politicians. In South Africa, politicians saw benefits to tourism and the economy from malaria control. In particular, the Lubombo Spatial Development Initiative had strong support at the highest levels of government in Mozambique and South Africa." (Cliff *et. al.*, 2009: 377).

²⁰ 1.ª Fase. Distritos de Chókwè, Guijá e Massingir; 2.ª Fase. Distritos de Bilene e Xai-Xai; 3.ª Fase. Distritos de Chibuto e Manjacaze; 4.ª Fase. Distritos de Mabalane, Chigubo, Chicualacuala e Massangena.

²¹ A Pulverização Intra-domiciliária consiste na aplicação de inseticida no interior de habitações, com o objetivo de eliminar os mosquitos *Anopheles*, recorrendo ao uso de bombas mecânicas (onde é diluído o inseticida). Dado o elevado grau de toxicidade dos inseticidas utilizados, os rociadores utilizam equipamento de total proteção do corpo, como máscara, botas, luvas, chapéu e fato de macaco.

panorama

100

malária, estudos de anemia nas mulheres grávidas, inquérito sobre os conhecimentos e práticas da população sobre a malária, estudos sobre a contaminação dos solos com pesticidas, mapeamento de criadouros, captura e identificação morfológica dos mosquitos nos postos sentinela, atividades de Informação, Educação e Comunicação (IEC) e mobilização comunitária para a adesão à PIDOM e para a mudança de comportamentos.

No período que antecedeu a entrada da LSDI na província de Gaza, a PIDOM era realizada com os recursos materiais existentes nos SDSMAS, com os profissionais de saúde que integravam o quadro e que recrutavam rociadores para esta atividade.

A presença da LSDI na província de Gaza de 2006 a 2011²² fez-se com uma nova metodologia e meios no terreno, o que permitiu que a província de Gaza tivesse das melhores coberturas (número total de casas rociadas) e níveis de produtividade (número de casas rociadas/rociador) a nível nacional.

O *modus operandi* da LSDI durante as campanhas da PIDOM diferenciava-se, em vários aspetos, das campanhas promovidas pelos SDSMAS noutras províncias (ver tabela 2), e com a saída da LSDI em 2011, os profissionais de saúde responsáveis tiveram que voltar a assumir esta atividade, com a pressão dos resultados favoráveis alcançados no passado.

TABELA 2. A Pulverização Intra-Domiciliária: Iniciativa de Desenvolvimento Espacial dos Libombos versus os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Ação Social na província de Gaza.

	Iniciativa de Desenvolvimento Espacial dos Libombos (LSDI)	Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Ação Social (SDSMAS)
Número de rociadores	O modelo de implementação da PIDOM pela LSDI distingue-se pela grande mobilização de rociadores locais (residentes nas aldeias que irão pulverizar) e rociadores que serão deslocados para as aldeias. No distrito de Chókwè foram recrutados 80 rociadores, para os 90 dias de campanha.	Número mais reduzido de recursos humanos envolvidos.
Responsável distrital pela PIDOM	Contratação dos oficiais de campo distritais que eram os responsáveis máximos pela PIDOM nos distritos: realizavam o recrutamento dos rociadores, o contacto com as lideranças locais, o plano de deslocações, a alocação de equipamento e inseticida, monitoria da atividades, a mobilização comunitária, entre outros. O oficial de campo fazia de intermediário entre o trabalho desenvolvido no distrito e o PNCM Provincial, onde presta contas do trabalho desenvolvido. Em termos comparativos auferia um salário bem mais elevado que o técnico de medicina preventiva, tendo cobertas despesas de comunicação e deslocação.	O Técnico de Medicina Preventiva é o responsável máximo pela implementação da PIDOM, que acumula responsabilidades em outros programas de saúde, como o Programa Alargado de Vacinação, envolvimento comunitário e o Sistema de Informação para a Saúde (SIS). A sobrecarga de responsabilidades e de trabalho, associado aos baixos incentivos e baixos salários são uma das causas do seu fraco desempenho.

²² Cumprida a expansão da PIDOM até à 3.ª fase.

Meios envolvidos	Foram adquiridos viaturas 4 × 4 um camião para permitirem a deslocação de todos os recursos humanos afetos. Meios dedicados exclusivamente à PIDOM.	Utilizam as viaturas adquiridas pela LSDI. Noutras províncias, são utilizados os meios existentes nos SDSMAS, que são partilhados por todos os técnicos e programas.
Mobilização comunitária	Normalmente atempada e procurando envolver várias estruturas locais.	Devido à falta de organização e motivação, a mobilização comunitária realiza-se com algumas dificuldades, comprometendo a receptividade da população para as atividades da PIDOM.
Resultados obtidos	Boas coberturas.	Resultados inferiores aos alcançados pela LSDI.

Entre 2006 e meados de 2011 (não se realizou a campanha de 2011), os SDSMAS dos distritos selecionados para se realizar a PIDOM obtiveram elevadas coberturas das casas rociadas, como consequência do esforço e recursos financeiros envolvidos pela LSDI. Em 2011, o cenário reconfigurou-se e os SDSMAS foram chamados a implementar a campanha de PIDOM, outrora sob responsabilidade da LSDI. As declarações obtidas no terreno são esclarecedoras:

Agora o oficial de medicina preventiva, na ausência do LSDI, deve assumir o papel de oficial de campo e não há interesse, nem motivação — não há controlo dos rociadores, nem mobilização comunitária. (...) Isto é nosso! O projeto só estava a financiar e apoiar. Não há comprometimento da DDS com esta atividade (16/26.03.2013).

Acredito que a pulverização continue mas acredito que não nesta modalidade. Os técnicos da medicina preventiva estão a ter um subsídio de 300 meticais²³ por dia, mas pelos comentários que estou a ouvir, eles não estão satisfeitos e talvez não façam a cobertura do distrito. É muito cansativo (...). Por dia um rociador gasta 8 cargas (de inseticida), temos de fazer os cálculos e alocar nas diferentes zonas. Trocar o equipamento. Não sei se estes técnicos vão conseguir. Não tenho a certeza que eles façam a cobertura do distrito. Eles não estão interessados, não vão para o campo, mandam os chefes das equipas (02/12.01.2012).

Para além do Técnico de Medicina Preventiva ser o responsável pela implementação da PIDOM, há um conjunto de aprendizagens e processos que não foram adquiridos no passado, uma vez que o oficial de campo concentrava essas tarefas, nomeadamente: o correto preenchimento de fichas de controlo; e o acompanhamento dos chefes de equipas, do fiel de armazém, dos chefes de brigada e rociadores.

A campanha de 2011, no distrito de Chókwè foi financiada por uma ONGI que se dedicava exclusivamente a intervenções na área da malária, e que decidiu utilizar os recursos humanos e modo de implementação utilizada pela LSDI, para otimizar os recursos e conseguir obter boas coberturas. Os restantes distritos que não tiveram financiamento por esta via, receberam fundos do Ministério da Saúde e recorreram aos seus profissionais de saúde e recursos materiais para implementar a campanha da PIDOM.

Ao contrário do estudo de caso anterior, as atividades da PIDOM na prática sempre estiveram sobre gestão de uma ONGI, que contratou funcionários, adquiriu equipamento, viaturas, reabilitou as suas instalações junto à DPS, e possuía o seu próprio *modus operandi* e trabalhava por alcançar as melhores coberturas do país. Esta estru-

²³ Aproximadamente 8 euros.

tura organizativa apoiava as instituições locais de saúde, mas também substituiu-a na implementação das atividades da PIDOM, da monitoria entomológica e na realização de investigação aplicada.

Considerações finais

Dos estudos de caso apresentados importa aqui destacar em primeiro lugar, que os espaços de poder interinstitucionais são predominantemente fechados, não permitindo uma profícua coordenação entre as organizações comprometidas com a distribuição de REMILD e o Programa Nacional de Controlo da Malária a nível provincial, e criando entropia no sistema de ajuda. No entanto, assistimos à criação de espaços por convite pelas partes envolvidas, que ao contrário de permitir a criação de canais de comunicação e coordenação das intervenções, de modo a haja uma maior concertação e complementaridade, cria a ilusão da participação (Gaventa, 2006) mantendo-se o *modus operandi* e as prioridades internas das organizações. Deste modo enfraquece-se do Estado a nível local, e complexifica-se a prestação de cuidados básicos às populações, nomeadamente na prevenção e controlo da malária, num sistema de saúde que enfrenta vários constrangimentos, nomeadamente: a incorreta recolha e sistematização da informação (SIS) desde a Unidade Sanitária até ao seu envio para o MISAU (Chilundo, Chilundo, Sundby e Aanestad, 2004); a escassez de Recursos Humanos e meios para fazer um diagnóstico e manejo dos casos corretos; a rutura de *stock* de anti-maláricos e REMILD; a falta de materiais de IEC (informação, Educação e Comunicação) (MISAU, 2009), e alguns casos de diagnóstico sobredimensionado²⁴ (Hume *et. al.*, 2008).

Todas as Organização Não Governamentais Internacionais referidas neste estudo estão autorizadas pelo Governo de Moçambique a trabalhar no país, estando sujeitas à renovação dessa autorização a cada dois anos,²⁵ sobre muitas pressões das ONGI, parceiros e doadores envolvidos. Sugere-se assim a criação de um mecanismo mais flexível e descentralizado ao nível da província, que realize um acompanhamento mais sistemático junto das atividades desenvolvidas pelas ONGI e entre estas e as instituições nacionais.

Em relação ao programa provincial de distribuição de redes mosquiteiras, da total responsabilidade do Programa Nacional de Controlo da Malária a nível provincial, constatamos que apesar de existir uma apropriação e centralização desta atividade, o sucesso da mesma depende da coparticipação financeira e logística de Organizações Não Governamentais Internacionais, cuja condicionalidade da sua ajuda e o seguimento das suas próprias prioridades inviabiliza o acesso às redes nos centros de saúde periféricos.

O estabelecimento de verdadeiras parcerias e espaços de poder abertos permitiriam uma melhor coordenação de atividades, ou a criação de soluções que priorizasse o efetivo acesso às redes mosquiteiras.

No que concerte ao programa de Pulverização Intra-domiciliária destaca-se uma quebra na apropriação local (distrital) desta atividade, consequência de uma estrutura de intervenção que cessou, e que não preparou as estruturas locais para os processos inerentes à atividade, nem reuniu as condições remuneratórias e organizativas consi-

²⁴ Em 2009 o Ministério da Saúde definiu que o diagnóstico de Malária clínica passaria a ser substituído pela confirmação dos sintomas dos doentes com base dos Teste de Diagnóstico Rápido, disponíveis em todas as Unidades Sanitárias (US). Neste sentido, ocorreria igualmente uma mudança significativa no manejo de casos de febre associado ao AIDI (Atenção integrada às Doenças de Infância).

²⁵ As renovações estão sujeitas à consulta de várias entidades a nível local onde a ONGI desenvolve as suas atividades, nomeadamente o setor a nível provincial e distrital que tutela a atividade da ONGI, e o Governo Provincial.

deradas adequadas. Apesar de esta atividade sempre ter integrado o programa de controlo da malária na província de Gaza, no momento em que a recolha de dados foi realizada havia um mal-estar e conflito latente entre os elementos que fazem a coordenação provincial desta atividade, e que prestam contas ao Ministério da Saúde, e os seus colegas que estão no distrito e que devem implementar esta atividade, pela qual, na prática, não foram responsáveis nos últimos anos. A inexistente apropriação local das aprendizagens e processos de implementação, associado à redução dos recursos financeiros alocados criou um grande fosso entre os resultados alcançados no passado, e recentemente. Por outro lado, o financiamento via orçamento de Estado (e não ONGI) permitiria um maior controlo sobre os recursos e atores envolvidos, maior *ownership* (Koenig e Goodwin, 2011: 13; Visser-Valfrey e Umarji, 2010: 64) e o fortalecimento do próprio Estado.

Bibliografia citada

BREHM, V. (2004), *Autonomy or Dependence? Case Studies of North-South NGO Partnerships*, Oxford: INTRAC.

CASTEL-BRANCO, C. (2011), "Dependência de Ajuda Externa, Acumulação e *Ownership*-contribuição para um debate de economia política", em *Cadernos IESE*, n.º 7/2011, Maputo: Instituto de Estudos Sociais e Económicos (IESE).

CHILUNDO, B., SUNDBY, J. y AANESTAD, M. (2004), "Analyzing the quality of routine malaria data in Mozambique", em *Malaria Journal*, 3:3, s/l: BioMed Central.

CLIFF, J., LEWIN, S., WOELK, G., FERNANDES, B., MARIANO, A., SEVENE, E., DANIELS, K., MATINHURE, S., OXMAN, A. y LAVIS, O. (2010), "Policy development in malaria vector management in Mozambique, South Africa and Zimbabwe", em *Health, Policy and Planning* 25 (3), s/l: Oxford University Press.

DIREÇÃO DISTRITAL DAS ATIVIDADES ECONÓMICAS DE CHÓKWÈ (2012), *Balanço Anual 2011*, s/l: Direção Distrital das Atividades Económicas de Chókwè.

FOWLER, A. (2001), "NGDOs, Aid and the partnership approach to development: past, present and future perspectives", em *Paper presented for a Symposium "25 Years of building capacities for people's empowerment achievements and new frontiers"*, Tanzania: s/e.

FOWLER, A. (2000), "The quality of aid and development partnerships: The Case for Getting Real About Relationships", em *Focus*, Issue 63, Dublin: Comhlámh.

GAVENTA, J. (2006), "Finding the Spaces for Change: A Power Analysis", em *IDS Bulletin*, Vol. 37, N. 6, Sussex: Institute of Development Studies.

GUINOVRT, C., BASSAT, Q., SIGAÚQUE, B. *et. al.* (2008), "Malaria in rural Mozambique. Part I: Children attending the outpatient clinic", em *Malaria Journal*, 7: 36, s/l: BioMed Central.

HUME, J., BARNISH, G., MANGAL, T. (2008), "Household cost of malaria Overdiagnosis in rural Mozambique", en *Malaria Journal*, 7:33, s/l: BioMed Central.

Instituto de Higiene e Medicina Tropical (2009), *1.º Inquérito de Conhecimento, práticas e cobertura: Relatório de Execução*, s/l: s/e.

KOENIG, S. y GOODWIN, F. (2011), Health Spending in Mozambique: The impact of current aid structures and aid effectiveness, s/l, Action for Global Health e German Foundation for World Population.

LISTER, S. (2000), "Power is partnership: an analysis of an NGO's relationships with its partners", en *Journal of International Development*, vol. 12, Issue 2, s/l: John Wiley & Sons.

LUBKEMANN, S. (2001), "Rebuilding Local Capacities in Mozambique. The National Health System and Civil Society", en *Patronage or Partnership: Local Capacity Building in Humanitarian Crisis*, Smillie, I. (ed.), Bloomfield: Kumarian Press.

MABUNDA, S., CASIMIRO, S., QUINTO, L. y ALONSO, P. (2008), "A country-wide malaria survey in Mozambique. I. Plasmodium falciparum infection in children in different epidemiological settings", en *Malaria Journal*, 7: 216, s/l: Springer.

MARTÍNEZ, J. (2006), *Implementing a sector wide approach in health: the case of Mozambique* (Technical Approach Paper), Londres: HLSP Institute.

MINISTÉRIO DA PLANIFICAÇÃO E DESENVOLVIMENTO (2010), *Moçambique: Avaliação da Declaração de Paris*, Maputo: Ministério da Planificação e Desenvolvimento.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2009a), *Inquérito Nacional sobre os Indicadores da Malária (IIM-2007)*, Maputo: Ministério da Saúde, USAID e DFID.

MINISTÉRIO DA SAÚDE E USAID/BASSOPA MALÁRIA! (2009), *Estudo sobre a Prevenção da Malária na Gravidez: Analisando os Progressos e as Barreiras na implementação em Moçambique (Relatório Preliminar)*, Maputo, s/e.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010), *Plano de Monitoria e Avaliação Nacional da Prevenção e Controlo da Malária 2010-2014*, Maputo: s/e.

MINISTÉRIO DA SAÚDE / DIREÇÃO DE RECURSOS HUMANOS (2012), *Segundo Anuário Estatístico sobre os Recursos Humanos para a Saúde em Moçambique, 2011*, Maputo: Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE / PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DA MALÁRIA (s/d), *Plano Estratégico da Malária 2012-2016*, Maputo: Ministério da Saúde.

MUSSA, A., PFEIFFER, J., GLOYD, S. y SHERR, K. (2013), "Vertical funding, non-governmental organizations, and health system strengthening: perspectives of public sector health workers in Mozambique", en *Human Resources for Health* 11(26), s/l: BioMed Central.

NÁJERA, J., GONZÁLEZ-SILVA, M. y ALONSO, P. (2011) "Some Lessons for the Future from the Global Malaria Eradication Programme (1955-1969)", en *PLoS Med* 8 (1), s/l: s/e.

Ana Rita Sequeira

NEGRÃO, J. (2003), "A Propósito das Relações entre as ONG do Norte e a Sociedade Civil Moçambicana", en *Artigo apresentado no Curso de Formação: A Globalização Alternativa e as Organizações Não-Governamentais do Espaço de Língua Oficial Portuguesa*; Coimbra: CES-Faculdade de Economia.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2012), *World Malaria Report*, Genebra: OMS.

POSTMA, W. (1994), "NGO Partnership and Institutional Development: Making It Real, Making It Intentional", en *Canadian Journal of African Studies*, vol. 28, n.º 3, s/l: Canadian Association of African Studies.

VISSER-VALFREY, M., UMARJI, M. (2010), *Sector Budget Support in Practice-Case Study Health Sector in Mozambique*, s/l: Overseas Development Institute, Mokoro.

WEIMER, B. (2012), "Saúde para o povo? Para um entendimento da economia política e das dinâmicas da descentralização no sector saúde em Moçambique", en *Moçambique: Descentralizar O Centralismo: Economia Política, Recursos e Resultados*, Weimer, B. (org.), Maputo: Instituto de Estudos Sociais e Económicos.

WILLIAMS, D. (2006), "Ownership", Sovereignty and Global Governance", en *Managing Aid Dependency Project*, Oxford: Universidade de Oxford-Departamento de Relações Políticas e Internacionais.

Website:

Banco Mundial, <http://www.worldbank.org/en/publication/global-economic-prospects/data?region=SST> (21.01.2014).

panorama

105